

Леонович С.И., Гаин Ю.М.,
Леонович С.С., Сбейти Мохамед,
Позняк С.Н.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА С
СОЧЕТАННЫМ ОСТРЫМ
ВОСПАЛЕНИЕМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ
ПУТЕЙ**

/ Минск /

Из 187 больных острым деструктивным панкреатитом с сочетанным острым бактериальным воспалением желчных протоков (холангитом) отмечено у 42 (22,5%) в возрасте от 30 до 80 лет. Женщин было 33, мужчин – 9.

Наличие процесса в поджелудочной железе и протоках у всех больных установлено интраоперационно.

Все больные подвергнуты оперативному лечению. Установлены следующие формы деструктивного панкреатита: интерстициальный – у 13, очаговый – у 19, субтотальный – у 10. При первой форме оперативные действия на железе не предпринимались. В круглую связку печени и парапанкреатическую клетчатку вводились антибиотики. В сальниковую сумку, подпеченочное пространство подводились резиновые трубки для введения антисептиков в холодном виде и силиконовые катетеры в парапанкреатическую клет-

чатку для последующей медикаментозной блокады железы. При очаговом некрозе выполнялась локальная, при субтотальном — расширенная некрэктомия. К резекции поджелудочной железы при сочетанной патологии не прибегали. Важное значение придавалось полноценному дренированию. Антибиотики вводились в зависимости от чувствительности микрофлоры. В последнее время прибегали к проточно-аспирационному способу дренажа, что полноценно и в более короткие сроки приводило к очищению полости, выполнению ее грануляционной тканью и предупреждало тем самым распространение инфекции и возможность развития аррозивных кровотечений. У 17 больных в послеоперационном периоде развились гнойные осложнения в железе и парапанкреатической клетчатке, что потребовало дополнительных хирургических вмешательств. Восемь из этих больных умерли.

Оперативные вмешательства на желчных путях предполагали холецистэктомию. У 88% больных отмечен калькулезный холецистит. Обязательный компонент операции составляла холедохотомия. При этом из протоков выделялась застойная мутная желчь с хлопьями, пленками фибрина, прожилками гноя или просто гной, что свидетельствовало о наличии острого холангита. Причиной холангита являлись конкременты в дистальном отделе холедоха (21), наличие конкрементов в холедохе и внутрипеченочных протоках (5) и сдавление протока увеличенной головкой поджелудочной железы (16). Ревизия желчных протоков заканчивалась наружным дренированием.

Таким образом, при деструктивном панкреатите в сочетании с острым холангитом хирургическое лечение включает раннюю холецистэктомию с санацией и наружной декомпрессией билиарного тракта с целью купирования явлений острого холангита и предупреждения эндогенного билиарного инфицирования поджелудочной железы. Рациональное дренирование парапанкреатической клетчатки и брюшной полости с некрэктомией поджелудочной железы предупреждает в большинстве случаев дальнейшее экзогенное инфицирование и развитие тяжелых осложнений.